№ 8. Sierpień 1911 r. Rok VI.

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

Prace oryginalne.

Osteomyelitis mandibularis wskutek influenzy.

Przyczynek kazuistyczny [1]).

PODAŁ

Dr. Juljan Zilz.

Stomatolog i c. k. lekarz półkowy w Gyulafehérvár (Węgry).

„Z punktu widzenia naukowego dentystyka jest córką chirurgji, a jako taka ma obowiązek śledzenia wszelkich tejże postępów i pilnie baczyć musi na wszystko, co z macierzystej nauki dla dentystyki zużytkować dałoby się.“

Prof. Klapp. (Berlin).

Liczne spostrzeżenia kliniczne jakoteż wyczerpujące rozprawy, dotyczące influenzy, zwłaszcza z czasów epidemji w zimie roku 1889 i 1889, wykazały, że zaliczyć ją należy do rzędu najcięższych zakażeń ogólnych. Różnorodność objawów chorobowych, ich zmienność w jednym i tym samym organie, dalej—zmienność pod względem

[1]) Praca również wydruk. w Oesterreich-Ungarisch-Vierteljahrsschr. f. Z-de l. r. b.

umiejscawiania się oraz następstw influenzy świadczą dobitnie o złośliwości tej choroby, która to ją wyklucza z szeregu lżejszych chorób ustroju. Ta, wedle słów Bacelli'ego [2]) — zmienna jak Proteusz choroba — nie oszczędza żadnego organu, żadnego układu, żadnej tkanki ustroju ludzkiego. Znamy dokładnie z literatury najrozmaitsze choroby płuc i opłucnej, serca i naczyń krwionośnych, żołądka oraz nerek, poważne zapalenia opon mózgowych, uszu, oka i oczodołu, wreszcie cały szereg chorób chirurgicznych, o których wywołanie li tylko influenzę posądzać należy. Obraz choroby wikła się jeszcze i staje się bardziej ciemnym wskutek tego, że choroba niejednokrotnie komplikuje się z innemi różnego rodzaju zakażeniami lub też chorobami niezakaźnemi.

Ortner twierdzi: „Jako epidemja influenza jest chorobą bardzo poważną, niemniej jednak, gdy występuje endemicznie a nawet sporadycznie".

Z pośród rozmaitych powikłań influenzy główną uwagę zwrócę na takie, które wymagają zabiegu chirurgicznego.

W roku 1894 ogłosił Franke w „Archiv für klinische Chirurgie" (XLIX, str. 487) pracę „Ueber die Erkrankungen der Knochen, Gelenke und Bänder bei Influenza", a w pięć lat później ukazała się druga praca tegoż autora p. t. „Ueber einige chirurgisch wichtige Komplikationen und Nachkrankheiten der Influenza" (tamże LIX 1899, str. 648). Z dwóch tych prac czerpałem dane co do wszystkich dotychczas niedostatecznie znanych schorzeń chirurgicznych na tle influenzy. W najlżejszych przypadkach schorzenia te objawiają się jako ból kości przy ucisku, przyczem niekiedy nieznaczy nawet uraz stać się może przyczyną zapalenia okostnej lub jej zgrubienia. Częstokroć, według Franke'go, obserwować można pozostającą w związku z influenzą i przedmiotowo wykazać się dającą *osteoperiostitis*, manifestująca się na zewnątrz bolesnością i obrzmieniem danego miejsca. Autor ten widział tę najprostszą postać *osteoperiostitis plastica* na kościach ręki, nogi, miednicy, na łopatce i żebrach. Schorzenia kości rozpoczynają się zazwyczaj wysoką gorączką, dreszczami i silnym bólem. Znane jednak są przypadki, w których ani gorączki, ani bulu

---

[2]) Lezione sull influenza. Il Policlinico Suppl. Anno IV 1898 p. 485.

na początku choroby nie było. Przypadki te Franke opisuje pod nazwą plastycznego zapalenia okostnej. Inni autorowie widzieli osteomyelityczne zmiany, usadowione w epifizach kości długich, przebiegające pod klinicznym obrazem reumatyzmu. Dlatego też Franke zalicza każdy podczas influenzy występujący reumatyzm do rzędu reumatyzmu kostnego.

Cechę charakterystyczną tych zmian kostnych podobnie jak i wszystkich zmian na tle influenzy, stanowi znaczna wrażliwość na wszelkie urazy mechaniczne (zabiegi operacyjne), które, przedsięwzięte nawet w celach leczniczych, raczej szkodzą, niż pomagają. Verneuil[3]) opisuje przypadek ropnicy u operowanego, chorego na influenzę—komplikację, obserwowaną pono dosyć często podczas epidemji influenzy u chorych operowanych. Ten sam autor opisuje i chirurgiczne postacie chorobowe, obserwowane przez siebie niekiedy podczas, niekiedy zaś wkrótce po przebytej influenzy. Podobne przypadki opisują Bennet i Demons. Poinfluenzyjne choroby opisują: Dobrzyniecki[4]), Moeser[5]), Chompret[6]), Schuchardt[7]) i Dependorf[8]). Ostatni trzej opisują nawet przypadki nekrozy kości.

Z punktu widzenia stomatologicznego obraz komplikacji influenzyjnych nie byłby dokładnym, gdybyśmy pominęli milczeniem zmiany dziąseł i śluzówki jamy ustnej, które choroba ta spowodować może. Pod tym względem Cruet[9]) w swym zbiorowym referacie podaje co następuje:

„Podobnie jak i inne śluzówki influenza atakuje i śluzówkę jamy ustnej, jak o tem dobitnie świadczą opisy różnych autorów. Według Cruet'a, wpływ influenzy na śluzówkę ust jest tego rodzaju, iż jadowitość pasorzytujących na niej drobnoustrojów znacznie się

---

[3]) De la grippe au point de vue chirurgicale. Bull. de l'Acad. 1890, N. 33.

[4]) Zahnerkrankungen bei Influenza. Wiener Med. Woch.-schr. 1905, N 8.

[5]) Zwei Fälle von Periostitis des Oberkiefers im directen Zusammenhange mit Influenza. Berliner klin. Woch.-schr. 1890, N. 15.

[6]) Necrose partiele du maxillaire supérieur d'origine grippale. Refer. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, 1903, str. 53.

[7]) Die Krankheiten der Knochen und Gelenke. Deutsche Chirurgie. Lieerung 28.

[8]) Infectiöse Osteomyelitis des Oberkiefers. Oester.—Ung.—Viertel.—jahrsschrift für Zahnheilkunde. 1910, zeszyt II.

[9]) Pathogénie et thérapeutique des affections de la muqueuse buccale dans les maladies générales. XVI Congrés international de Médécine.

wzmaga. Nieco inaczej zapatruje się na tę sprawę Hugenschmidt[10]), który przyczyny obserwowanych przez siebie przypadków *stomatitis aphtosa* i *ulcerosa*, *gingivitis ulcerosa*, a nawet ciężkich przypadków *periostitis alveolaris*, dopatruje się w spowodowanym przez influenzę zmniejszaniu się ilości aleksyn[11]) w całym organizmie. Ten zmniejszony stan odporności trwać może jeszcze przez długi czas po ustąpieniu influenzy.

Stomatitis specifica e influenza opisują w „Akademische Gesellschaft" (Nantes 1896): Richter[12]), Dorez[13]), Monford i Fortineau. Opisują oni pryszczyki (*phlyctaena)*, wypełnione cieczą surowiczą, w której wykazano krótkie prątki, uznane przez Tissier'a za prątki influenzy. W „Semaine Médicale" (1901) Kopiliński opisuje jako jeden z wczesnych objawów influenzy wyprysk na języczku, charakteryzujący się małymi, perłowo przeświecającymi pęcherzykami na czerwonem tle. Fritzsche[14 15]) opisuje również przypadek *stomatitis catarrhalis* i *aphtosa* jako następstwa influenzy.

Jako charakterystyczny dla influenzy objaw („Influenzagaumen"), opisuje Milner (Med. Gesellschaft zu Leipzig, 18 stycznia 1910 r.) ostro od bladego otoczenia odgraniczone zaczerwienienie na zewnętrznym brzegu przedniego łuku podniebienia. Objaw ten w przewlekłych przypadkach może się utrzymywać miesiącami.

Częstemi następstwami influenzy są schorzenia ozębnej korzenia oraz zapalenia miazgi zębowej; objawy te są powszechnie znane.

Nie mogę w ramach niniejszej pracy niewielkiego rozmiaru przytoczyć szczegółowo patologji influenzy. Zadanie, które, zresztą, siły jednego człowieka przechodzi, możliwe jest tylko do wykonania drogą

---

[10]) *Hugenschmidt*. On the buccal and dental infections manifestations of influenza during epidemie of 1889, 1890, 1891, and 1892. Cosmos 1892 N. 8.

[11]) Aleksynami H. Buchner nazywa ciała, do fermentów podobne, krążące we krwi zdrowych ludzi i zwierząt, które dzięki swym bakterjobójczym własnościom powodują odporność na pewne zarazki. Ehrlich substancje te nazywa komplementami, Metschnikoff—cytasami.

[12]) Dental Cosmos 1901. Zub. Wiestnik, 1892, pag. 90.

[13]) Wiener zahnärztliche Monatsschrift, 1899, N. 5.

[14]) Ueber Stomatitis catarrhalis und Stomatitis aphtosa bei Influenzakranken. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. Tom 26. 1908, kwiecień.

[15]) Krakowski w swojej pracy: „Influenza i jej wpływ na jamę ustną" (Kronika Dentystyczna. Warszawa, 1911, I) opisuje przypadek, w którym pacjentka po przebyciu influenzy zapadła trzykrotnie na *stomatitis*.

pracy zbiorowej wielu badaczy. Pragnę tu tylko opisać te wszystkie przejściowe i mieszane postacie zapalenia okostnej szczęki, jakie przy zdrowem, zresztą, uzębieniu influenza w najrozmaitszej kombinacji w organizmie ludzkiem wywołać może.

Willigier powiada: „Najtrudniejszymi, lecz zarazem i najbardziej interesującymi są te przypadki, w których mimo zdrowego uzębienia występuje zapalenie kości szczęki lub okostnej".

Podobne zdanie znajdujemy w 3-em sprawozdaniu Partsch'a, (Lipsk, 1897 r.) z Królewskiej polikliniki dentystycznej we Wrocławiu. Opisując typowy przypadek *osteomyelitis post scarlatinam* u 2-letniego pacjenta, powiada on: „zasadniczo rozstrzygną tę kwestję tylko przypadki *osteomyelitis* przy zupełnie zdrowem uzębieniu".

Zanim opiszę swój przypadek, chciałbym w głównych zarysach skreślić obraz chorobowy zapalenia szpiku kostnego.

Istotę *osteomyelitis*, według Schlatter'a, stanowi zakażenie, przechodzące z zewnątrz na jamę szpikową; prócz tego, znamy również t. zw. idjopatyczną *osteomyelitis*, t. j. chorobę zawleczoną drogą krwi. Pierwsza z nich jest zazwyczaj następstwem urazu, przenikającego aż do jamy szpikowej, druga zaś, daleko rzadsza forma, przedstawia się klinicznie jako odosobnione ognisko zapalne, usadowione w szczęce dolnej. W przeważającej ilości przypadków *osteomyelitis* szczęki stanowi przerzut sprawy i w innych kościach się toczącej. Wówczas, jak i w ostatnich przypadkach, przebiega ona bardzo gwałtownie (podobnież rzecz się miała i w moim przypadku). Peters odróżnia dwie formy tej choroby: 1) zawleczoną drogą krwi i 2) powstałą wskutek rozprzestrzeniania się sprawy, toczącej się wokoło zęba. Wogóle, zdaniem jego, wrota, sprzyjające wtargnięciu *osteomyelitis* szczęki, są również różnorodne, jak i przy innych formach tej choroby.

Wszystkie stany zapalne szczęki, występujące w następstwie ostrych ogólnych zakażeń, określa Leser wspólną nazwą „exanthematische Kieferentzündungen".

Zapalenia te teoretycznie tłumaczy Albert[16]) w dwojaki sposób: albo nekrobioza [17]) na tle urazu komórek wokoło kanalików Hawers'a

---

[16]) Beiträge zur Lehre von der spontanen Ostitis. Allgem. Wiener med. Zeitung, 1883.

[17]) „Für die Entwicklung eines Knochenabscesses scheint das Trauma immerhin eine bedeutungsvolle Rolle zu spielen, wohl nicht in dem Sinne der di-

położonych, lub też infekcją, przyłączającą się następnie do urazu lub go nawet wyprzedzającą (np. odra, szkarlatyna i t. d.).

Budowa anatomiczna szczęki dolnej (w niej się bowiem w moim przypadku choroba umiejscowiła) przedstawia tak co do samej kości, jak i do okostnej, zupełną analogję z budową kości długich. Pochodzi to stąd, że w niej o wiele częściej, niż w szczęce górnej, umiejscawiają się ostre sprawy ropne, prowadzące nieraz do obumarcia jednego ramienia, a nawet całej szczęki. Zgadza się to z zapatrywaniami Dependorf'a: „Choroba ta rzadziej atakuje szczękę górną, niż dolną". Obumarcie kości na większej przestrzeni, biorące początek z zęba, należy do rzadkości; zazwyczaj jest ono następstwem ostrego zapalenia szpiku kostnego. Widzieć to można stosunkowo często u dzieci po odrze (Salter, Fischer, Lucas), szkarlatynie (Partsch), ospie (Salter, Deulog), dyfterji (Fischer) i tyfusie (Fischer, Führbringer) i t. d. Dokładne dane pod tym względem znaleźć można w wyczerpujących pracach Dependorf'a (20, 21).

Kilka uwag jeszcze co do miejsca wtargnięcia zarazka.

Następne zapalenia kości i okostnej po influenzy podzielić można na 3 grupy, a mianowicie:

1) przypadki, w których miejscem zakażenia była bezpośrednio jama ustna (*osteomyelitis e influenza* pochodzenia zębowego—ektogeniczne);

2) przypadki na tle zatoru (embolji) przy zupełnie prawidłowym stanie zębów i ich miazgi (Partsch): influenzyjne zapalenie szpiku kostnego zatorowe, zawleczone drogą krwi (endogeniczne);

3) przypadki zakażenia mieszanego, w których inne drobnoustroje w jakiemś miejscu osłabionem (*locus minoris resistentiae*) usadowione a pośrednio przez prątki influenzy do czynności pobudzone, nabrały chorobotwórczych własności, względnie przez prątki influenzy niejako do wybuchu zmuszone, swą jadowitość zwiększyły (*osteomyelitis eruptiva e influenza* — endogeniczna). Hochenegg rozróżnia postacie zapalenia: samoistną, urazową, przerzutową i eksantematyczną; pod względem rozprzestrzeniania się zaś dzieli je na rozlane i ograniczone. Ostatnią formę spotyka się stosunkowo najczęściej.

---

recten Veranlassung, sondern im Sinne der anatomisch-physiologischen Veränderungen, die durch seine Einwirkung im Knochen erzeugt werden".—Dependorf

Wracając do pierwszej grupy, przyznać musimy, iż w myśl Partsch'a zakażenie influenzą bezpośrednio z jamy ustnej lub zęba łatwo do skutku przyjść może. Tego samego zdania jest Schnitzler, który twierdzi (Podręcznik Scheff'a): „W przeważającej ilości przypadków zarazki wnikają do szczęki przez spróchniałe zęby". My stomatologowie wiemy od dawna, że spróchniałe zęby są, jak powiada Hochenegg (26), „wylęgarnią" dla najrozmaitszych drobnoustrojów.

Poprzednio wzmiankowane zapalenie śluzówki jamy ustnej, najrozmaitsze jego postacie pryszczykowe oraz ubytki nabłonka, na ich tle powstające, są dla prątka influenzy, w znacznej ilości w ustach pasorzytującego, bardzo dogodną drogą, sprzyjającą ich wtargnięciu do szpiku kostnego. Raz się w nim usadowiwszy, rozpoczynają one natychmiast wspólnie ze strepto- i stafilokokami [18]) dzieło zniszczenia, powodując stany zapalne, wiodące do obumarcia. Hagen (27) twierdzi: „Droga do inwazji stoi dla bakterji otworem skoro tylko w jakikolwiek sposób, czyto drogą fizyczną, chemiczną, lub mechaniczną, śluzówka w swych funkcjach żywotnych (nabłonki migawkowe, i t. d.) została uszkodzona.

Literatura dostatecznie nas poucza o tem, że nawet skóra być może punktem wyjścia zapalenia szpiku kostnego Lannelongue i Jordan posuwają się dalej, twierdząc, że w przeważającej ilości przypadków zapalenie szpiku kostnego jest następstwem czyraków, ropni lub starć naskórka. „Chciałbym tylko krótko nadmienić"—powiada Singer—„że podobnie jak reumatyzm, tak też i zapalenie szpiku kostnego drogą śluzówki jamy ustnej do organizmu wniknąć może."

Co do drugiej grupy, to zwracam przedewszystkiem uwagę na badania Canon'a [19]) i Kitasaty[20]), którym udało się zarazek influenzy ludzkiej wyhodować na pożywkach [21]).

---

[18]) Podczas, gdy streptokoki szpik kostny rzadko kiedy, a zazwyczaj tylko okostną lub tkanki okołookostnowe atakują, stafilokoki przeciwnie—prawie wyłącznie w szpiku kostnym się zagnieżdżają. Z tego powodu zapalenie szpiku kostnego za typ stafilomikozy uważać należy.

[19]) Canon: a) Die Influenzabazillen im lebenden Blute. Archiv für pathol. Anatomie, Physiologie und Klinische Medicin CXXXI, zeszyt 3-ci str. 401; b) Ueber Züchtung des Influenzabezillus aus dem Blute der Influenzakranken. Deutsche med. Woch.—schr., 1892, Nr. 3.

[20]) Kitasato; Ueber den Influenzabazillus und sein Kulturvorfahren. Deutsche med. Woc.—schr. 1892. Nr. 2.

[21]) Canestrini podaje, iż widział prątki influenzy w czerwonych ciałkach krwi.

Prace Pfuhl'a[22]) i Nauwerk'a[23]) udowodniły, że prątek influenzy przerzutowo, jako zator, może wywołać chorobę w odległych nawet organach i błonach surowiczych (oponie mózgowej). Na posiedzeniu „Aerztlicher Verein in Frankfurt a. M.“ dnia 17-go października 1910 r. mówił Fischer o jednym przypadku zapalenia opon mózgowych, w którym tak z ropy z wnętrza czaszki, jak i ropy, sączącej się z ucha, wysięku opłucnej i miąższu płuc, wyhodowano czyste kultury prątka influenzy.

Omawiana grupa obejmuje zatem owe przypadki, które analogicznie do oponowych przypadków Pfuhl'a i Walter'a[24]) na pierwszy rzut oka przedstawiają się jako zakażenia następne lub mieszane, lecz są to zatorowe przerzuty w kości, stanowiące jakkolwiek względnie rzadkie, poważniejsze umiejscowienie choroby [25]).

Ten rodzaj zakażenia drogą krwi powstaje w najrozmaitszy sposób; jednakże w wyjątkowych tylko przypadkach zakażenie jest wyrazem ogólnego rozsiania bakterji (po całym organizmie). Nieodzownym w takich przypadkach warunkiem jest szczególna predyspozycja. Tę zaś stanowić może, obok szczególnej jadowitości zarazka ropotwórczego, również i uraz, naruszający kość. Czynnikiem etjologicznym mogą również być i zawleczone skądinąd zakażone skrzepy, lub też zator większych gromad bakterji, naniesiony z zaczopowanych naczyń pierwotnego ogniska ropnego (Hagen). Do tej grupy zaliczyć należy przypadki, o których Dependorf powiada: „Główna trudność w przypadkach *ostisis idiopatica* polega na wykrywaniu punktu wyjścia choroby".

Przechodzę teraz do grupy trzeciej. Widzimy w praktyce codziennej, iż jady chorobotwórcze zagnieżdżają się w rozmaitych częściach organizmu, nie powodując natychmiast względnie po okresie wylęgania swoistej choroby; z drugiej zaś strony—niejednokrotnie się zdarza, iż lekka, bez objawów przebiegająca, przez pacjenta nawet

---

[22]) Pfuhl: Beobachtungen über Influenza. Deutsche militärärztliche Zeitschr 1895, zesz. 3, str. 97.

[23]) Deutsche med. Woch.-schr., 1895.

[24]) Dalsze dane co do pojawiania się prątków influenzy w centralnym systemie nerwowym znajdują się w „Deutsche med. Woch.-schr.“ 1896, N. 6 i 7.

[25]) Spostrzeżenia Knin'y (Wiener med. Woch.-schr. 1909, N. 36) świadczą, żi prątek influenzy gnieździć się może nawet w woreczku żółciowym.

wcale nieodczuwana gruźlica płuc, nagle, po przebytej influenzy, gwałtownie wybucha, jak gdyby ona dla gruźlicy drogę utorowała.

Bardzo trafnie proces ten określa profesor Ortner: „Pełen sił żywotnych jad influenzy budzi uśpione prątki gruźlicze, które wytrącone z bezczynności, rozpoczynają wspólnie ze swym nowym sojusznikiem śmiertelny dla organizmu bój. Zdwojone ich siły zapewniają im zwycięstwo".

Podobnie rozwija się i *osteomyelitis* w szczęce. Drzemiące gdzieś w *locus minoris resistentiae* (zbłąkany zarodek zęba, guzki ziarninowe, cysty, zarodki zębów mlecznych) strepto-lub stafilokoki budzą się w chwili wtargnięcia influenzy z uśpienia i zaczynają wspólnie z nią groźną dla chorego czynność; tym sposobem *osteomyelitis* szczęki w bardzo licznych przypadkach stanowi ostatnie ogniwo w łańcuchu przejawów influenzy dróg oddechowych. Tych to właśnie przypadków dotyczą, zdaniem mojem, słowa niedawno zmarłego badacza Königa: „Źródłem zakażenia mogą być gnilne, rozpadające się wydzieliny jamy ustnej, których jadowitość w chorobach przewlekłych znacznie zwiększyć się może".

Od dawna wszak wiadomo, że w zakażeniach mieszanych inne bakterje, np. strafilo- i streptokoki, zwiększają swą jadowitość, a o niektórych drobnoustrojach wiemy, że dla nich symbioza z innemi, przeważnie gnilnemi bakterjami, jest koniecznym warunkiem destruktywnego ich działania na organizm ludzki.

Oczywiście, niejednokrotnie napotyka się najrozmaitsze kombinacje poprzednio wymienionych trzech grup. Czasami analogicznie do chorób wysypkowych, przebiegających jednak bez wysypki zdarzają się również i przypadki *osteomyelitis*, w których poprzedzającej ją influenzy respiracyjno-kataralnej, gastro-intestinalnej, reumatycznej, tyfoidalnej lub nerwowej również wykazać nie można było.

Teraz przystąpię do opisu własnego przypadku.

Gefrajter Józef D. z Verespatak, urodzony w roku 1888, pochodzi ze zdrowej rodziny i sam poprzednio nigdy nie chorował. Dnia 20 października 1910 r. nagle wśród dreszczów i gorączki wystąpiły objawy ogólnego zakażenia, jak: silne bóle głowy w oczodołach, w kręgosłupie oraz we wszystkich członkach, a nadto uczucie duszności i ucisku w piersiach. Objawom tym towarzyszyły: ogólne osłabienie, apatja, kaszel, brak apetytu i bezsenność.

Status praesens. 21 października 1910. Wysoki, silnie zbudowany mężczyzna, o twarzy silnie zaczerwienionej; powieki nieco obrzękłe; spojówki przekrwione; oczy łzawią [26]); silny katar z gęstą przezroczystą wydzieliną; laryngo-tracheitis acuta; chrypka, zupełny brak powonienia (anosmia) i brak smaku (ageustia). Napady kaszlu rozpoczynają się chrząkaniem, poczem następuje kilkakrotny, krótki, ostry i głośny kaszel. Napady te kaszlu są czasami tak gwałtowne, iż przypominają wprost napady kokluszu. Przy opukiwaniu nic wykazać nie można było. Oddech powierzchowny, nieco bolesny, dyspnoiczny. Przy pomocy stetoskopu słychać trzeszczenia bezdźwięczne. Plwociny w grudkach gęste, szkliste, zabarwione nieco krwią z broczących dziąseł. Badanie bakterjologiczne plwocin wykazuje śluz, nieliczne komórki nabłonkowe, czerwone ciałka krwi, wielojądrzaste ciałka białe, nadto parami ułożone bardzo cienkie i krótkie, na końcach zaokrąglone biszkoptowate laseczki. Środkowa, nieco wyższa ich część, barwi się gorzej. Bakterje te leżą gromadami. Charakterystyczne te cechy pozwalają już na pierwszy rzut oka rozpoznać je jako prątki influenzy Pfeiffer'a [27]). Tak sposobem Pfeiffer'a [28]), jakoteż sposobem Voges'a [29]), na agar-agarze można było wyhodować bujne kultury [30]).

Śledziona nie powiększona; skóra sucha i gorąca; ciepłota ciała 39.5; tętno 124, regularne, równe, nieco gorzej napięte. W moczu chlorki zmniejszone, brak składników nieprawidłowych. Ehrlich'a diazoreakcja ujemna; zupełny brak apetytu; skłonność do obstypacji.

Rozpoznanie: Influenza (forma kataralno - respiratoryjna). Odpowiednia terapja usunęła przedewszystkiem objawy kataralne; gorączka opadła; stan ogólny poprawił się tak, że po mniej więcej 10 dniach (30 października) chory mógł już, szanując się nieco, zająć

---

[26]) Gałęzowski opisuje przypadki *conjuctivitis lacrimalis* w przebiegu influenzy.

[27]) W ostatnich czasach Schneller w „Centralblatt für Bacteriologie (1909, 50, 503) potwierdza dawne przypuszczenia, iż w plwocinach chorych na influenzę znajdują się prątki influenzy.

[28]) Zaszczepienie plwociny rozcieńczonej w zwykłym buljonie na agarze, zmieszanym z krwią ludzką.

[29]) Agar-agar z odwłóknioną krwią gołębia i buljonem.

[30]) Prątki influenzy należą do grupy hemoglobinofilnych; dlatego też najbujniej rosną na podłożach, krew zawierających.

się swą pracą jako krawiec kompanji wojskowej. Po pięciodniowej bezgorączkowej przerwie, w czasie której pacjent czuł się zupełnie dobrze, nagle wieczorem dnia 1 listopada gorączka podskoczyła do 39.8°; chory skarżył się na bóle, najpierw w obwodzie I i II, a później i III ramienia nerwu trójdzielnego po stronie lewej. Przez noc bóle nieco się zmniejszyły, lecz nazajutrz (6 listopada) znów znacznie się wzmógł tępy ból po lewej stronie twarzy, usadowiony przedewszystkiem w szczęce dolnej i promieniujący aż do ucha. Chory skarżył się na ból ciągły, to wzmagający się, to znów łagodniejący. Leczenie antineuralgiczne pozostało bez skutku. Od dnia następnego, t. j. 7 listopada, zmienił się typ bólu, zjawiając się tylko okresowo. Napad rozpoczynał się lekkiemi dolegliwościami zrana, które, wzmagając się powoli, dochodziły do szczytu natężenia się w południe, jako bóle strzykające, poczem powoli łagodniały, ustępując miejsca względnej euforji.

Badanie dna oka żadnych zmian patologicznych nie wykazało (tarczy zastoinowej, któraby o jakichkolwiek zaburzeniach mózgowych świadczyć mogła, nie było).

Dnia następnego paroksyzmy bólu pojawiały się już w krótszych odstępach czasu, a pacjent skarżył się na tępy, drżący ból w szczęce dolnej po stronie lewej, zwłaszcza w obrębie |4.5.6., przedewszystkiem zaś w trzonowcu.

Początkowo myślałem o bólach neuralgicznych *n. trigemini*, skutkiem zaostrzenia się przewlekłej influenzy (objaw nierzadki w przypadkach chorób zakaźnych [31]). Dlatego też dolegliwości chorego stawiałem w związek przyczynowy z przebytą influenzą [32]). Ponieważ jednak bóle przechodziły i na zęby, trzeba było myśleć o *neuralagia dentalis primaria* lub *secundaria*, czyli wedle podziału Dick'a [33]) — *idiopatica* lub *syptomatica*.

Badanie na wpływ temperatury, prześwietlanie lampą elektryczną (Boennecken'a) wszystkich zębów po stronie lewej, badanie apa-

---

[31]) Według Gross'a, w przypadkach malarji i influenzy nerwoból ze szczególną predylekcją obejmuje *n. supraorbitalis*.

[32]) „Sehr häufig bleiben nach dem Aufhören der Influenza noch längere Zeit neuralgische Schmerzen im Trigeminusgebiete" (Strümpell. 28 pag. 98).

[33]) „Ueber den dentalen Ursprung der Prosopalgie". Dysertacja inauguracyjna. Würzburg, 1887.

ratem indukcyjnym Schröder'a, jak również badanie stref przeczulonych sposobem Head'a[34, 35]) wykazały u wszystkich 1.2.3.4.5.6.7.8. zębów zdrową, żywą miazgę, a więc już *a priori* wykluczyć można było przypuszczenie pochodzenia zębowego nerwoból. Również wszelkie wywiady od najwcześniejszej młodości pacjenta co do doznanego urazu nie dały pozytywnego wyniku.

Pewne zainteresowanie budzić muszą następujące objawy kliniczne:

a) brak *points douloureux* ponad *foramen mentale*; natomiast stwierdziłem

b) objaw Vincent'a—znieczulenie w obwodzie *nervus mentalis*; objaw ten wzbudził we mnie podejrzenie istnienia wzmożonego parcia w *canalis mandibularis*.

c) herpes wzdłuż *nervus mentalis* (analogicznie do *herpes zoster*): pęcherzyki, usadowione na $^1/_3$ dolnej szczęki, zajmowały przestrzeń wielkości mniej więcej 5 koron i wystąpiły dopiero po napadzie nerwobólu. Zajmowały one tak skórę, jak i śluzówkę. Jak już poprzednio wspomniałem, te okresowo występujące i łatwo pękające pęcherzyki skórne rozsiane były wzdłuż *n. mentalis*, zaś pęcherzyki śluzówki siedziały na przestrzeni, zaopatrywanej przez gałązki czuciowe *n. buccinatorius*. Były one wielkości ziarnka prosa, o grubych ścianach, na wierzchołku nieco wklęsłe. Podstawę ich otaczał czerwony rąbek zapalny. Gdzieniegdzie zamiast pęcherzyków widać było ich formy poronne. Czy opisywane przez Bünte'go i Moral'a pasma nerwowe (Nervenschleifen) również były zaatakowane, tego rozstrzygnąć nie można.

---

[34]) „Hyperästhetische oder hyperalgetische Hautzonen, die bei Erkrankung bestimmter innerer Organe vorkommen. Von diesen aus findet nämlich eine Reizung sympatischer Fasern statt, die auf bestimmte, zur Hautinnervation gehörige sensible Bahnen übergeht, indem die sympatischen Fasern nach ihrem Eintritt ins Rückenmark in bestimmten, ihrer Eintritstell meist benachbahrten Rückenmarkssegmenten mit den Ganglienzellen dieser peripheren Bahnen in Beziehung treten. Aus solchen Hautzonen, die keineswegs mit dem Ausbreitungsbezirk bestimmter Hautnerven zusammenfallen, kann also unter Umstanden ein Rückschluss auf eine Erkrankung innerer Organe gemacht werden" (Medicinische Klinik 1911 N. I.).

[35]) *Dieck.* Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen nach Head und ihre Beziehungen zur Zahnheilkunde. Korrespondenzblatt für Zahnärzte. 1904, zesz. 4, pag. 326—339.

Twierdzenie Bärensprung'a, że *herpes* powstawać może wskutek schorzenia jednego z obwodowych splotów nerwowych, w naszym przypadku *ganglion semilunare Gasseri*, wobec krótkiego trwania nerwobólu nie jest prawdopodobnem; skłoniłbym się raczej do teorji C. Hirsch'a, że tak *herpes* jak i *neuritis* są wynikiem zatrucia toksynami influenzy.

Herpes u mego chorego uważać należy za objaw destruktywnego procesu, toczącego się w kości. Zgodnie z C. Gerhard'em przypuszczam mianowicie, że ucisk na zamknięty w kanale kostnym *n. mandibularis,* czy to przez wysięk, czy też przez przepełnione krwią naczynia, spowodował zmiany odżywcze w nerwie, a następnie wyprysk. Analogiczne stosunki widzimy w przebiegu przymiotu; obrzęki okostnej mogą zacieśnić kanał nerwowy w kości, lecz i sam nerw może uledz zmianom patologicznym pod postacią *neuritis.* Oczywiście, że wobec negatywnej reakcji Wassermann'a ten czynnik etjologiczny w naszym przypadku zupełnie w rachubę nie wchodzi.

Obraz chorobowy nagle się zmienia z chwilą, gdy nazajutrz, tj. w czwartym dniu choroby, licząc od dnia wystąpienia dreszczów (9 listopada), bóle charakter swój neuralgiczny utraciły i, usadowiwszy się w środkowej części szczęki dolnej, stały się pukająco-wiercącymi. W miejscu bolesnem drogą dotknięcia wykazać można było obrzęk; skóra nad nim gorąca, lekko napięta; żyły rozszerzone; widać smugi naczyń limfatycznych (lymphangoitis—Hochenegg). Gorączka, utrzymująca się dotyczczas na tej samej wysokości, nieco opadła; prostracja ogólna (bóle głowy, ogólne osłabienie, brak apetytu i bezsenność) nie uległa zmianie. Dzień 10 listopada był rozstrzygającym, wtedy bowiem *ex juvantibus* już na pewno rozpoznanie *osteomyelitis* postawić można było. Charakterystyczny stan miejscowy wymownie świadczył, iż mieliśmy przed sobą ciężkie powikłanie następne po przebytej influenzy. „Tylko po influenzy lub tyfusie"—jak mówi Pethers—„przypuszczać możemy, iż schorzenie szczęki wywołane zostało przez ten sam zarazek co i choroba główna, po której dopiero ostatnie wystąpiło".

Dalszy przebieg choroby podaję w skróceniu:

11-go listopada: Szczęka dolna przy dotknięciu bolesna; dziąsła wałowato uwypuklone; gruczoły okoliczne obrzękłe; obfita wydzielina śluzu i śliny; szczękocisk, rozluźnienie |3.4.5.6. zwłaszcza |6 zęba.

Jako uzupełnienie anamnezy podaje iż chory stanowczo twierdzi, iż ani urazu nie doznał, ani przymiotu nigdy nie przechodził.

Leczenie: Perhydrol-Mercka (3%); ciepłe okłady z mułu radjoaktywnego.

12-go listopada. Rozluźnienie dziąseł i rąbka śluzówki wzmogły się; ciastowaty, z kością złączony i bolesny naciek dorósł do wielkości jaja kurzego; zęby silnie się chwieją, a |6 bardzo boli; chory domaga się jego wyjęcia, na co jednak się nie zgodziłem, stojąc na stanowisku Trauner'a „walki o uratowanie zębów" (Dependorf). Tillmans (29) twierdzi, że rozluźnione zęby mogą ponownie się wzmocnić, jeżeli tylko uratować nekrobiotyczną okostną zębodołu.

13-go listopada. Ku niemałemu memu przerażeniu pokazał mi pacjent zęby |4,5,6, które, jak z zadowoleniem opowiedział, sam sobie w nocy grubą nitką wyciągnął—co było w danych warunkach zadaniem nietrudnem do wykonania [36]), przyczem miała wypłynąć obfita ropa, a chory doznał znacznej ulgi; z ziejących ran pomiędzy obydwoma listkami śluzówki sączyła się obficie płynna, z krwią zmieszana, cuchnąca ropa. Badanie bakterjologiczne ostatniej wykazało: *staphylococcus albus et aureus* [37]) w przeważającej ilości, *streptococcus, micrococcus catarrhalis* (mały poprzecznie owalny *diplococcus,* który częstokroć układa się cząstkami) i gromady krótkich na końcach zaokrąglonych laseczek, silniej na biegunach zabarwionych, częściowo wewnątrz ciałek ropnych usadowionych, w przeważającej jednak ilości wolnych, o wyglądzie Pfeiffer'owskich prątków influenzy i zupełnie analogicznych do znalezionych w ślinie prątków Pfeiffer'a; wewnątrz niektórych ciałek ropnych znaleziono rozpadłe prątki influenzy [38]).

Skrawki, zrobione z wyjętych przez pacjenta zębów, wykazały zupełnie zdrowe miazgi. (Status praesens ilustruje rys. 1 i 2).

---

[36]) Dependorf podaje przy pierwszym własnym przypadku, opisanym w swej rozprawie (15): „Der erste Prämolar wurde schliesslich so locker, dass er mit dem Finger entfernt werden konnte".

[37]) Na zwykłych pożywkach rośnie *staphylococcus pyogenes aureus* jako małe, okrągłe, początkowo białe, później złocisto-złote kolonje. Jadowitość jego jest bardzo rozmaita. *Staphylococcus pyogenes albus i citreus* są tylko barwnemi odmianami pierwszego".

[38]) *Wiliam Oster* w „Lehrbuch der internen Medicin" (1909, pag. 113) opisuje ze szpitala dziecięcego w Pradze (klinika Ganghofer'a) przypadek *coxitis,* w którym z ropy wyhodowano prątek influenzy.

Leczenie: przepłukiwanie ciepłym 3% roztczynem Perhydrolu-Merck'a i tamponada gazą kseroformową.

14-go listopada: Ponieważ chory czuł się względnie dobrze, a ropa przez tamponiki z gazy kseroformowej dostatecznie odpływała, można było więc z wyjęciem martwaka czekać aż do zupełnego oddzielenia się obumarłej części.

Zająłem więc stanowisko wyczekujące, chcąc dać naroślom kostnym (ostephytum) czas do wytworzenia trumienki wokoło martwaka. „W przypadkach nekrozy należy wogóle czekać na oddzielenie się martwaka“—twierdzi Tillmans (29). Z drugiej jednak strony uprzytomnić musimy słowa Dependorf'a: „W każdym razie zbyt długo z zabiegiem chirurgicznym zwlekać nie należy, gdyż nekroza objąć mogłaby zbyt duże obszary“. Terapja—jak wyżej. Celem przyśpieszenia sekwestracji wkładano do zębodołów tabletki kollargowe (0.05), owinięte w skrawki gazy.

26-go listopada: Aktinogram (rys. 3) wykazuje radjograficzne stosunki w *status praesens* [39]), przyczem stwierdzić możemy, iż eliptyczne jaśniejsze pole, wskazujące na sprawę destruktywną, leży o wiele bliżej środka, tak iż mylne podanie pacjenta co do bólów w zakresie pierwszego trzonowca przypominają nam 3-ci przypadek Trauner'a (17). Zgłębnik natrafia na chropawą kość. Terapja — jak wyżej.

1-go grudnia: Operacja (dokonana w tutejszym szpitalu wojskowym). Znieczulenie szczęki [40]) przy pomocy Ritsert'a novokain-subkutiny. Z otwartej jamy, powstałej po tamponowaniu, wchodzi się do stwierdzonej przy pomocy rentgenografji jamy, graniczącej z chwiejącym się kłem. Z głębi tej jamy ostrą łyżeczką wydobyto oprócz dużej ilości ziarniny 2 brudno zabarwione martwaki konsystencji gąbczastej, wielkości orzecha laskowego i 1 martwak, który jeszcze nieco się trzymał wielkości pół orzecha laskowego, ze strony języka poło-

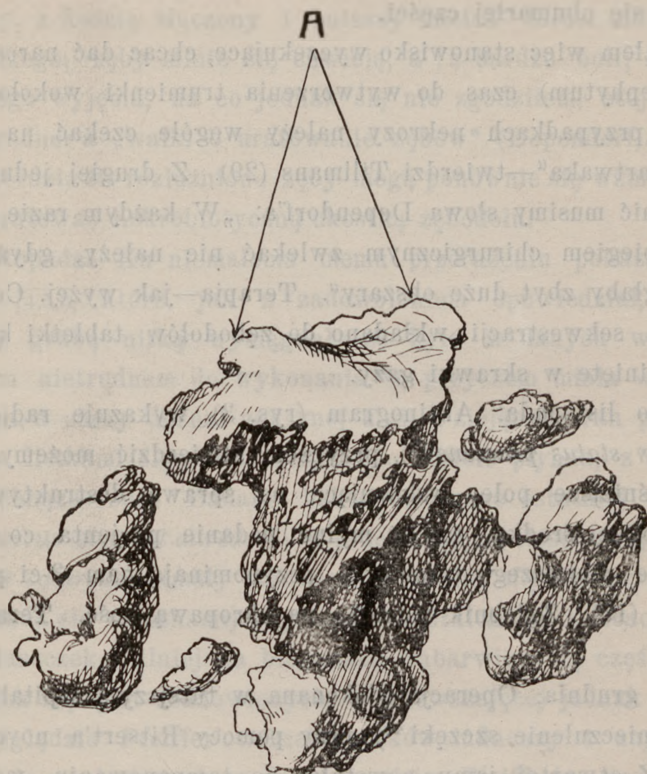
---

[39]) Gross: Die Trigeminus neuralgie. Deutsche Zahnärztliche Woch. — schr. 1909 № 34: „Es ergibt sich die Verpflichtung in allen dubiösen Fällen, so dort wo ein tadelloses Gebiss vorliegt stets die Röntgendurchleuchtung vornehmen zu lassen.

[40]) Co do techniki zastrzykiwania odsyłam do klasycznej i wyczerpującej pracy Dra Guidon'a Fischer'a: „Die lokale Anästhesie in der Zahnheilkunde“. Berlin 1811, pag. 155, rys. 78.

żony (rys. A i B). Podczas operacji baczną zwracać musiałem uwagę na kieł, by go nie uszkodzić podczas zabiegu.

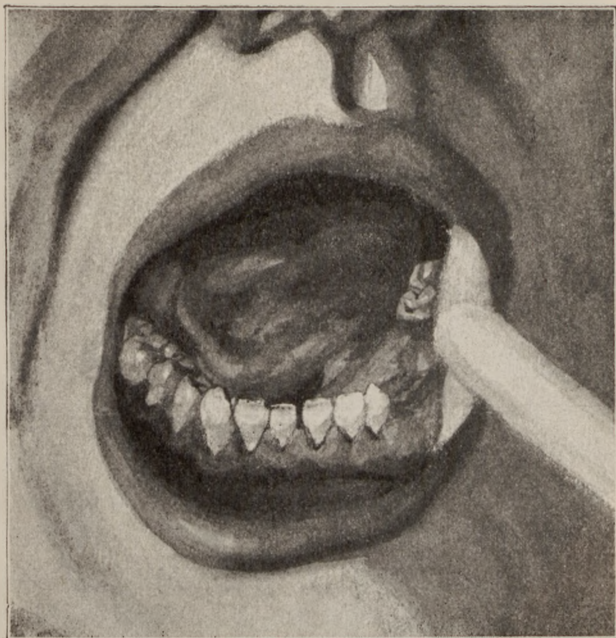
Większy martwak musiano najpierw oddzielić od otoczenia za pomocą szerokiego raspatorium, zanim udało się go szczypcami wydobyć.



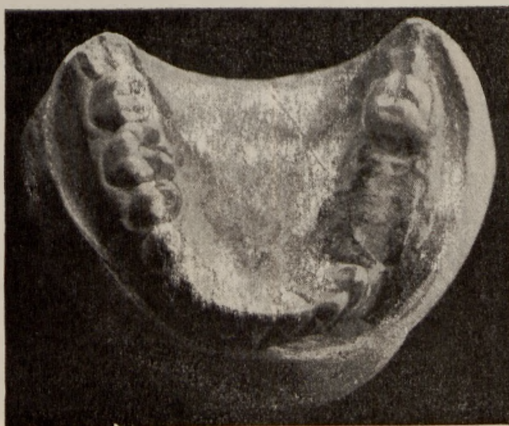
Rys. A.



Rys. B.

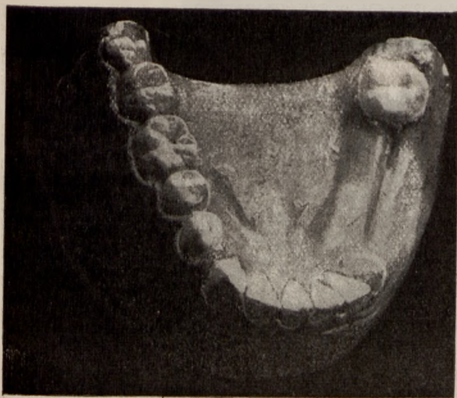


Rys. 1.

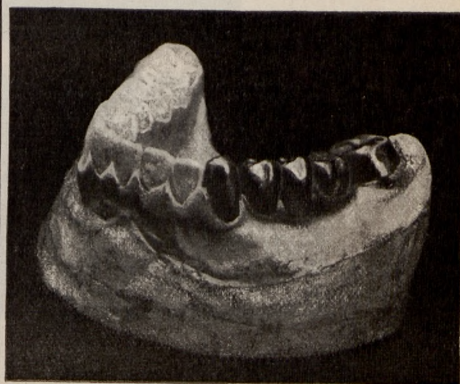


Rys. 2.

Rys. 3.



Rys. 4.



Rys. 5.

Fig. 1



Fig. 2



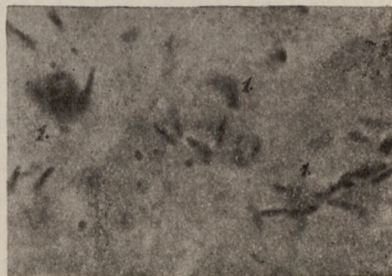
Fig 3



Fig 4



Fig. 5



Obszerną trumienkę, którą można było teraz dokładnie palcem wymacać, wyścielała zewsząd chropawa ściana, zalana brunatną ropą. Terapja: Rozpylanie 5% rozczynu perhydrolu—Merck'a, wytamponowanie gazą kseroformową, przekrwienie bierne sposobem Bier'a [41]) (22 godz.).

W następnych dniach wraz z pianą perhydrolu wypłynęło na zewnątrz jeszcze kilka małych odłamków.

31-go grudnia: Na rysunku 4-ym widzimy stan po zagojeniu, a rys. 5-y jest kopją odlewu gipsowego szczęki dolnej. Użyty jako oparcie dla mostka kieł ponownie się wzmocnił, a badanie elektryczne wykazało, że miazga jego żyje. Mamy tu znów potwierdzenie zdania Trauner'a, iż „zabieg chirurgiczny, w swoim czasie wykonany, prawie zawsze ratuje zęby.“ Niestety, |4, 5, 6 nie mogłem już uratować.

„Dis aliter visum!“

Choroba wcale nie zmniejszyła zdolności pacjenta do służby wojskowej.

Wnioski:

Opisany wyżej przypadek świadczy, jaki ścisły zachodzić może związek pomiędzy ostrą influenzą dróg oddechowych a zapaleniem kości i jakie straszne następstwa pociągnąć może za sobą choroba stosunkowo lekka, budząca niewielkie zainteresowanie kliniczne. Po względnie krótkotrwałej gorączce, gdyż temperatura raz jeden tylko poszła w górę, mimo braku wszelkich objawów ze strony narządów oddechowych, po 5-dniowej przerwie, gorączka wśród dreszczów nagle znacznie się wzmogła. O jakimś okresie rekonwalescencji oczywiście myśleć tu nie można było. Silne bóle neuralgiczne, wskazujące na sprawę zatorowo-przerzutową w *canalis mandibularis* [42]), wybuch i stopniowe postępowanie sprawy zapalnej w szczęce musiały wobec zupełnie zdrowego uzębienia zwrócić naszą uwagę

---

[41]) Bier za pomocą odpowiednich przyrządów podtrzymywuje przekrwienie, aby tem lepiej wyzyskać siły odporne organizmu.

[42]) Badania Ponfick'a (Ueber Metastasen und deren Heilung. Berliner Klin. Woch: schr. 1893 N. 46) wprost udowadniają, iż choroby infekcyjne z pewną predylekcją atakują układ kostny, który jest ogniskiem dla rozwoju rozmaitych zarazków.

w kierunku influenzy i jej różnorodnej lokalizacji, co kazało myśleć o grożącem kości niebezpieczeństwie.

Chociaż *osteomyelitis* najrozmaitszą może mieć przyczynę [43]), lubo większość przypadków *osteomyelitis* zawdzięcza powstawanie swe drobnoustrojom ropnym (Kocher, Tavel), jednak literatura poucza nas, że wspomnianą chorobę spowodować mogą i inne drobnoustroje (prątki influenzy, tyfusu, pneumokoki i t. d.). W naszym przypadku widzimy w ropie, a następnie w kulturach wyhodowany prątek influenzy, który, zmieszany ze stafilo- i streptokokami, był głównym sprawcą *osteomyelitis*. Przypadek ten wskazuje nadto na okoliczność, ważną przedewszystkiem pod względem stomatologicznym, że prątek influenzy, zagnieździwszy się w szczęce, analogicznie do przypadków zagnieżdżenia się w miąższu płucnym, ma właściwość powodowania przewlekłych spraw ropnych, prowadzących do obumarcia kości.

Na szczególną uwagę zasługuje, mojem zdaniem, także i sprawa inwazji zarazka. Influenza jest chorobą, która najczęściej drogami oddechowemi wnika do organizmu. Drogami naczyń krwionośnych choroba ta się roznosi, wywołując czy to przez embolje, czy też drogą toksyczną położone daleko od miejsca wtargnięcia zarazka ogniska zniszczenia. Na tej zasadzie zaliczyć należy mój przypadek do rzędu pierwotnych emboliczno-influenzyjnych zapaleń szpiku kostnego. Nadto, po wykluczeniu wszelkich innych czynników etjologicznych, nadmierna obfitość prątków Pfeiffer'a w ropie uprawnia mnie do zaliczenia mojego przypadku pod względem etjologiczno-djagnostycznym do czysto-embolicznej influenzy, gdyż: „gdzie prątki influenzy, tam i influenza“ [44]).

Objaśnienie preparatów histologiczno-bakterjologicznych na tablicy 3.

Rys. 1. Skrawki z martwaka (haem.-ałun-eozyna): Zeiss-apochromat. 50 razy:

1. Złogi włóknikowe i początek obumarcia substancji kostnej.

---

[43]) Jad osteomyelitis nie jest jednolity, jak to przez długi czas mniemano, lecz każdy drobnoustrój, zdolny do wywoływania ostrego zapalenia i ropienia, może przy sprzyjających okolicznościach wywołać osteomyelitis. Tillmans (29).

[44]) *Wassermann.* Ueber differentielle Diagnostik von entzündlichen Lungenaffectionen. Deutsche Med. Wochenschr. 1893. N. 47.

2. Zachowane ciałka kostne.

3. Naciek w tkance.

4. Poprzeczny rozpad i nekroza kości, spowodowana przez kolonje stafilokoków i prątki influenzy.

Rys. 2. Skrawki z martwaka B (haem.-ałun-eozyna), Zeiss-apochromat. pow. 50 razy.

1. Resztka kości pokryta zupełnie bakterjami (influenzy).

2. Gromady leukocytów, ciałek krwi i barwnik krwi.

3. Nekrotyczny rozpad kości i gromady prątków influenzy.

Rys. 3. Skrawki z martwaka A (haem.-ałun-eozyna), Zeiss-apochr. pow. 50 razy.

1. Resztka beleczek kostnych.

2. Kolonje bakterji (prątki influenzy).

3. Naciek.

Rys. 4. Barwienie podł. Weigert-Grama, Zeiss-apochr., pow. 2000 razy.

1. Stafilokoki.

2. Prątki influenzy.

Rys. 5. Karbol-fuksyną Pfeiffer'a. Zeiss-apochr. pow. 2000 razy.

1. Prątki influenzy Pfeiffer'a w postaci obłoczków pomiędzy stafilokokami (kultura).

Piśmiennictwo.

1. *Scheff;* Handbuch der Zahnheilkunde, 1909.

2. *Fischer, Mayrhofer:* Ergebnisse der gesammten Zahnheilkunde, 1910.

3. *Pethers:* Die Verletzungen und Krankheiten der Kiefer, Stuttgart, 1907.

4. *Witzel:* Chirurgie und Prothetik bei Kiefererkrankungen. Berlin, 1905.

5. *Preiswerk:* Zahnheilkunde. München, 1903.

6. *Miller:* Lehrbuch der konserwierenden Zahnheilkunde, Leipzig, 1908.

7. *Günther:* Einführung in das Studium der Bakteoriologie, Leipzig, 1890.

8. *Perez:* Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Leipzig 1901. Tom 59, zesz. 1, 2.

9. *Leyden und Klemperer:* Die deutsche Klinik am Eingange des 20 Jahrhunderts. Tom 2. Berlin 1903.

10. *König:* Lehrbuch der Speziellen Chirurgie, Tom I.

11. *Lexer:* Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie, 1910.

12. *Leser:* Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie, 1908.

13. *Bergmann, Bruns, Mikulics:* Handbuch der praktischen Chirurgie, 1903. Tom I.

14. *Williger:* Zahnärztliche Chirurgie, Leipzig 1910.

15. *Dependorf:* I. Infektiöse Osteomyelitis des Oberkiefers, II. Akute Periostitis des Unterkiefers. Oestr.-Ung.-Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, 1910, zesz. 2.

16. *Willinger:* Akut-entzündliche Erkrankungen der Kiefer ohne erkennbare Eintritspforte. Korrespondenzblatt für Zahnärzte, Juli 1910.

17. *Trauner:* Osteomyelitis idiopathica maxillae. Oestr.-Ungar.-Vierteljahrsschrift für Zahnheikunde, 1909, zesz. I.

18. *Vignard;* Osteomyelitis des Unterkiefers beim Kinde. Archiv für Kinderheilkunde, 1907, tom 46.

19. *Stein:* Die Frage der Zahnerhaltung bei Osteomyelitis der Kiefer. Korrespondenzblatt für Zahnärzte, Juli 1910.

20. *Th. Dependorf* (Jena). Akute infektiöse Osteomyelitis des Unterkiefers (1906) und Akute infektiöse Osteomyelitis des Oberkiefers (1907). Breitkopf und Härtel, Leipzig.

21. *Th. Dependorf* (Jena): Das Wesen der akuten Osteomyelitis und ihr Auftreten an den Kiefern. Schweizerische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, tom 17, 1907, zesz. 1—2.

22. *Georg Goldschmidt:* Ueber Kiefernekrosen. Inaugural-Dissertation. Breslau 1906. Druck von H. Proskauer jun. Breslau II. (Aus der königl. Poliklinik für Zahn—und Mundkrankheiten zu Breslau, Direktor prof. dr. Partsch).

23. *Partsch* (Breslau): Ueber nekrotische Prozesse an den Kiefern. Oesterr. Zeitschrift für Stomatologie, Wien 1904, zesz. 11.

24. *J. Lartschneider* (Linz): Beiträge zur Anatomie und Chirurgie der von den oberen Frontzähnen ausgehenden Kiefererkrankungen. Oesterr.-Ung.-Viertel jahrsschrift für Zahnheilkunde, 1907, zesz. 3.

25. *Kerber:* Oteomyelitis maxillaris. Oestrerr.-Ung.-Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, 1910, zesz. 4.

26. *Hochenegg:* Lehrbuch der speziellen Chirurgie, tom I, 1907.

27. *Hagen:* Ueber akute chirurgische Infektionskrankheiten, Würzburg 1910.

28. *Strümpell:* Spezielle Pathologie und Therapie, tom I, 1909.

29. *Tillmans:* Lehrbuch der speziellen Chirurgie, 1904.

Dział sprawozdawczy.

35) W sprawie miejscowego znieczulania. W amerykańskich pismach specjalnych obecnie wiele się pisze o nowym środku do miejscowego znieczulania — chininie; znieczulające własności jej wykryte zostały przez lekarza amerykańskiego Henryka Thibault'a (Kanzas). Doświadczenia jego sprawdzone zostały przez wydział lekarski uniwersytetu w Kanzas i dały uderzająco pomyślne rezultaty. Zdaje się, że chinina pod względem zdolności uśmierzania bólów o wiele przewyższa wszystkie używane do tego celu środki. Podług tych komunikatów po zastrzyknięciu chininy uśmierzające ból działanie trwa dłuższy czas. Przy operacjach usunięcia migdałów, przy wyjmowaniu kostki nosowej stosowano chininę, a pacjenci nie odczuwali najmniejszego bólu.

Drugą zaletę chininy stanowi jej zupełna nieszkodliwość, gdy tymczasem inne preparaty do wstrzykiwań, zawierające kokainę, stosownie do rozmiaru używanej dawki, mogą wywoływać mniej lub więcej intensywne objawy toksyczne. Chinina sprowadza ustalenie tkanek i usuwa w ten sposób możność zjawiania się w następstwie krwotoków. W uniwersyteckiej klinice w Kanzas i szpitalach wykonano szereg doświadczeń; zadziwiające rezultaty wynalazku d-ra Thibault'a zostały potwierdzone przez prof. Hertler'a, d-ra Roger'a i innych (Zahntechnische Reform 1910, Nr 6). *R.*

36) Lichtwitz. (Guben). **W sprawie stosowania perhydrolu-Merck'a.** (Deutsche Monatsschrift für Z-de Nr 1, 1911).

Autor omawia sprawę stosowania perhydrolu w dentystyce. Według niego, pacjentów nie należy zwalniać po usunięciu nawet jednego zęba, dopóki krwawienie zupełnie nie ustanie. Po przeszprycowaniu ran kilkoma kroplami czystego perhydrolu krwawienie natychmiast ustępuje. Również podczas plombowania hemostatyczne własności omawianego środka mają dla nas wielką wartość, własności odkażające jego bowiem połączone są z nieszkodliwością i brakiem drażnienia. Autor miał również dobre wyniki leczenia za pomocą perhydrolu ropotoku zębodołowego. Stosowanie tego środka jest o wiele przyjemniejsze i mniej niebezpieczne, niż kwasu siarczanego, wyniki zaś są znacznie lepsze. Pewne własności znieczulające jak również mechaniczne działanie perhydrolu, zależne od znacznego wytwarzania się piany wskutek wydzielania się tlenu, dawały doskonałe wyniki w przypadkach zapalenia dziąseł i ozębnej.

W końcu Lichtwitz kładzie nacisk na przewagę, jaką ma perhydrol nad innymi preparatami wody utlenionej, dzięki swej bezwzględnej czystości. *Z. F.*

37). Dr. Hahn G. Nowy sposób leczenia zapalenia miazgi zębowej. (Deut. Zahnärztl. Woch. Nr. 2, 1911).

Aczkolwiek leczenie zębów z chorą miazgą wydaje się niby łatwem, wciąż jednak nasuwa się pytanie, czy miazgę zachować, czy też uśmiercić, nie jest bowiem dotąd ustalony sposób leczenia, który dawałby absolutnie pewne wyniki. Poglądy Witzel'a, Müller'a i in. stanowią fundament, na którym zbudowany jest zachowawczy sposób leczenia, lecz zbyt często zdarzające się niepowodzenia również i ten fakt, że nowe preparaty oraz nowe systemy zaraz znaj-

dują zwolenników, dowodzą, że panujące kierunki nie są wolne od pewnych wad.

Przyczyny niepowodzeń zależą po części od trudności indywidualnego rozpoznawania stanu danej miazgi, co prowadzi do tego, że częstokroć dążymy do zachowania miazgi wówczas, kiedy jest to niemożliwem. Inną przyczynę niepowodzeń stanowi to, że nie zawsze można usunąć miazgę wskutek anatomicznych warunków i trzeba poprzestać na częściowem usunięciu jej, pozostawiając w kanałach korzeniowych resztki miazgi, które nie są zabezpieczone od rozpadu i mogą być przyczyną nowych podrażnień.

Gdyby pogląd, opiewający, że miazga jest nietkniętą dopóki przykrytą jest warstwą zębiny, był słuszny, można byłoby liczyć na powodzenie w tych przypadkach, jeżeli przedsiębrać jej odkażanie i przykrycie, przypuszczając, że takie środki odkażające, jak sublimat, chlorfenol, trójkrezol, powstrzymają rozpad tkanki pozostałej w korzeniach po amputacji lub nieudanem wyłuszczeniu; tymczasem w wielu razach powodzenie nie dopisuje.

Trudność w rozpoznawaniu, niepomyślne warunki anatomiczne (wązkie i kręte kanały korzeniowe) stanowią czynniki, które odgrywają wielką rolę w powyższych niepowodzeniach. Tu, zdaje się, wchodzi w grę jeszcze jeden czynnik i to bardzo wpływowy, a większość niepowodzeń wynika z przyczyny nieobeznania się z nim lub niedoceniania go. Autor sądzi, że jest dla nas zupełnie jasnem, iż podczas leczenia miazgi. szczególnie zaś przy przykrywaniu resztek miazgowych, powinniśmy baczyć również na leczenie rany i że w danym razie należy w całej pełni przeprowadzać zasady leczenia ran, jak to przyjętem jest w chirurgji wogóle.

Chociaż stale widzimy, że chirurg podczas leczenia ran troszczy się nietylko o ich odkażanie, lecz również o to, ażeby za pomocą opatrunku wchłaniającego (waty) zostawić ujście wydzielinom rany, że specjalista chorób skórnych przy mokrej ekzemie np. stara się o dokładne usuwanie wydzielin, my jednak jakoś wcale nie uznajemy ważności stanu, w jakim znajduje się zraniona powierzchnia miazgi, oraz konieczności wchłaniania jej wydzielin. Tymczasem warunki gojenia się w zębach układają się mniej pomyślnie wskutek braku możliwości szybkiego wchłaniania.

Współczesne leczenie miazgi—dążenie do amputacji przypadko-

wo obnażonej lub resztek miazgi po zastosowaniu arszeniku, lub też w celu zaplombowania kanałów—zupełnie ignoruje potrzebę pozostawiania odpływu dla wydzielin, tworzących się zaraz lub później. Za pomocą cementu lub zbliżonych do niego preparatów, za pomocą gutaperki lub past uskuteczniamy przykrycie miazgi, nie zwracając uwagi na to, że gromadzące się wydzieliny nie mają ujścia, że wydzieliny te nie mogą być wessane, a więc przez to samo muszą oddziaływać drażniąco i co najmniej, zwiększając stopień wilgoci w pozostałych resztkach miazgi, tworzą warunki możności ich rozpadu.

Umożliwianie odpływu tworzącym się wydzielinom jest tak dalece ważną koniecznością, że pomyślne wyniki leczenia zapalenia miazgi zębowej autor zależnym robi od tegoż, niepowodzenia zaś w postaci podrażnienia ozębnej oraz następujących potem bólów przypisuje on podrażnieniu, które wynika wskutek nagromadzania się cieczy.

Ponieważ usuwanie wydzielin z rany za pomocą drenażu, t. j. kanału lub występującego na zewnątrz otworu na zębach jest niewykonalne pod względem technicznym i nie zaleca się, pozostaje przeto jedna tylko droga—ułatwiać usuwanie wydzielin rany za pomocą preparatów, posiadających zdolność taką; te nakładamy na miazgę lub jej resztki, albo też wprowadzamy do kanałów korzeniowych.

Środki lekarskie hygroskopijne i jednocześnie działające odkażająco w połączeniu najlepiej z azbestem w postaci długich nici są właśnie takim preparatem, który, o ile będzie prawidłowo stosowany, najlepiej spełni swe zadanie. Wieloletnie spostrzeżenia autora najzupełniej potwierdzają ten pogląd, i rezultaty stosowania takich preparatów są bezwarunkowo pomyślne. Azbest posiada znaczną zdolność wchłaniania i przedstawia tę jeszcze dogodność, iż mieszanina jego z lekami łatwo daje się zwijać w palcach w maleńkie kulki, które z łatwością wprowadza się do kanału i może długo pozostawać w zębie.

Bardzo ważnem jest, ażeby natychmiast po nałożeniu preparatu na miazgę lub jej resztki, czy też po wprowadzeniu go do kanału korzeniowego, przykryć go cementem lub gutaperką, zanim dostanie się tam wilgoć, w przeciwnym bowiem razie rezultat nie będzie pomyślny. Metodę tę autor nazywa *suchem leczeniem*. Przygotowany do

tego celu preparat azbestowy, zawierający kseroform, aristol i tymol uważa on za odpowiedni: 1) przy amputacji przypadkowo obnażonej miazgi, 2) jako podkład przy nadczułości miazgi, 3) jako podkładka ochronna pod cementy krzemowe, 4) przy leczeniu ostrych i chronicznych zapaleń miazgi i 5) przedewszystkiem do nakładania na azbest środków leczniczych i do przykrywania resztek po uśmierceniu lub amputacji miazgi, również 6) do wszelkiego rodzaju wypełniania kanałów.

W przypadkach obnażania miazgi autor zaleca po wstrzymaniu krwotoku uskutecznić przedewszystkiem odkażanie za pomocą jakiegokolwiek słabego, nieżrącego rozczynu, następnie osuszyć ubytek, nałożyć na obnażoną część miazgi niewielki kawałek azbestu w postaci kulki lub krążka i natychmiast przykryć cementem lub gutaperką. Jeśli preparat, szczególnie na górnych zębach, nie przylega do ścianki ubytku, to należy go docisnąć kulką z waty. Z pośród tych postaci zapaleń miazgi, w których dotąd miazgę uśmiercano, autor uważa za wskazane do zachowawczego leczeniu (przytem na jednem posiedzeniu) te przypadki, którym towarzyszyły bóle przez czas bardzo krótki, i gdy obnażona część miazgi po ostrożnem spreparowaniu jest krwawo-czerwoną, a nie ropno-żółtą lub szaro-żółtawą. Zranienie miazgi, któremu towarzyszy nieznaczny krwotok i które autor wykonywuje często umyślnie, jest w tym razie raczej korzystnem, aniżeli wadą. Głównym warunkiem pomyślnego wyniku jest to, aby ubytek był dogodny i przystępny do preparowania. W bardzo wielu przypadkach, gdzie dawniej autor zaraz chwytał się arszeniku, obecnie stosuje on po uprzedniem odkażeniu pokrywanie miazgi preparatem azbestowym i plombuje ubytek na jednem posiedzeniu. W tych zaś przypadkach ostrych zapaleń miazgi, gdy możliwość spreparowania miazgi pozostawia wiele do życzenia, również przy ostro-ropnych i chronicznych zapaleniach miazgi, należy tę ostatnią uśmiercić i po amputacji, o ile wyłuszczenie jej okaże się niemożliwem, pokryć resztki preparatem azbestowym. Najlepiej wiążą się z azbestem kryształy chlorfenolu, które łatwo przylegają doń i dla tego mogą być łatwo wprowadzane. Przy silnym krwotoku po przypadkowem obnażeniu miazgi lub po zrobionej amputacji należy przeczekać jeden dzień zanim się ostatecznie przykryje ją.

Przy leczeniu gnilnych zapaleń miazgi preparat azbestowy może

służyć, rozumie się, tylko jako materjał, przy pomocy którego wprowadzamy środki lecznicze, gdyż o natychmiastowem zamknięciu kanałów korzeniowych nie może być mowy; po skończonem jednak leczeniu może być zastosowany z powodzeniem. Można zarzucić, że tworzące się i wchłaniane wydzieliny ulegają rozkładowi i mogą stanowić przyczynę nowego podrażnienia; wobec jednak otrzymywanych w praktyce pomyślnych rezultatów zaprzeczyć temu należy; osiąga się widocznie długotrwałą dezynfekcję.

Obserwowane przez autora przypadki wykazały mniej lub więcej ciemne zabarwienie preparatu azbestowego po kilku latach przebywania w zębie oraz zupełną suchość; powstaje zatem wniosek, iż wydzieliny powtórnie się wessały, t. j. zostały wchłonięte przez otaczające tkanki. Po usunięciu przykrywek obnażone miazgi zazwyczaj wykazywały blado-szare, rzadziej lekko-czerwonawe zabarwienie, co stanowi oczywisty dowód najzupełniejszego ponownego rozwoju procesu zapalnego; w żadnym przypadku autor nie skonstatował utworzenia się zębiny zastępczej.

Jakkolwiek spostrzeżenia autora nie są wyczerpujące pod względem naukowym, jednakże sądzić należy, że sama już wskazówka co do konieczności usuwania wydzielin rany i wypływająca stąd metoda suchego leczenia stwarza nowe szanse dla zachowawczego leczenia.

R.

38) Kleiner. Rzadki przypadek niedostatecznej ilości zębów (Oester. Ung.-Viertelj. für Zde. Ref. Zubowr. Mir. 13 r. ub.).

Pacjentka 22 lat, fizycznie słabo rozwinięta; urodziła się wątłą; w pierwszym roku życia chorowała na krzywicę, później żadnych chorób nie było. Zgodnie z oświadczeniem matki, mleczne dolne siekacze i kły nigdy nie wyrzynały się; nie wyjęto ani jednego zęba. Rodzice, bracia oraz siostry pacjentki mają normalną liczbę zębów. Pacjentka jest wzrostu mniej niż średniego, o słabo rozwiniętym systemie kostnym, nosi aparat podtrzymujący wskutek lekkiego skrzywienia kręgosłupa. Uwłosienie normalne.

Górna szczęka skrócona jest w podłużnym i poprzecznym kierunku, a zatem mniejsza w porównaniu z dolną szczęką. Formuła jej zębów $\underline{65431 \mid 13456}$; środkowe siekacze normalnej wielkości, pomiędzy nimi szpara rozm. 5 m. m. Obydwa prawe dwuguzkowce obrócone koło osi. Prawy kieł normalnej długości, lewy zaś wyrznął się tyl-

ko w $^2/_3$. Drugiego trzonowca brak z obydwóch stron. Wszystkie zęby są mocno pochylone ku wargom. Dolna szczęka bardziej jeszcze nienormalna. Formuła zębowa jej $\overline{7654 \mid 4567}$. Wszystkich sześciu przednich zębów brak; pomiędzy pierwszymi dwuguzkowcami duża prosta szpara. Obydwa drugie trzonowce cokolwiek pochylone ku językowi. Kształt szczęki dolnej nienormalny: zamiast normalnej paraboli przedstawia się ona jako połowa sześcianu; ten kształt opisują jako charakterystyczny dla krzywicy. Wskutek wyżej wymienionego skrócenia poprzecznego wymiaru górnej szczęki, zgryz jest nieproporcjonalny: *po lewej stronie* policzkowe guzy górnych zębów stykają się z policzkowymi dolnych, *po prawej stronie* — policzkowe guzy górnych zębów stykają się z językowymi guzami dolnych. Roentgenowskie fotografje nie wykazały w szczękach niewyrzniętych zębów. A zatem była tu rzeczywista niedostateczna liczba zębów, a nie pozorna (niekiedy zarodki zębów wstrzymane są w szczęce). Jako czynniki etjologiczne takiej niedostatecznej liczby zębów uważane są: krzywica, syfilis, nieprawidłowe karmienie niemowląt (smoczkiem), najczęściej krzywica, jak w opisanym przypadku. Leczenie polegało na założeniu dostawek mostkowych (poprzednio noszone przez pacjentkę płytki wywołały próchnicę po stronie językowej górnych zębów). *C.*

39. Dr. Olds. Sposób otrzymywania gładkiej powierzchni na modelach gipsowych. (Dent. Summ. Nr 1 — 1911). Wycisk najlepiej jest zdejmować z gipsu, lub też po zdjęciu wycisku woskowego lub z innej masy wyciskowej pokrywać takowy cienką warstwą gipsu. Następnie wycisk pokrywa się rozczynem szellaku za pomocą pendzelka i pozostawia go się na 30 minut w celu wysuszenia, poczem pociąga się cienką warstwą żywicy sandarakowej, zabarwionej dla sprawdzania. To najzupełniej wystarcza, ażeby otrzymać bez zarzutu gładki model; stanowi to wielkie udogodnienie przy robocie z kauczukiem. Wysuszony powtórnie po pokryciu żywicą sandarakową w ciągu 20 minut wycisk kładziemy do wody i trzymamy go tak długo, dopóki cały gips nie nasiąknie wodą. Oliwa i mydło nie nadają się do odłączania; oliwa wsiąka w górną warstwę gipsu i wskutek tego otrzymany model ma miękką powierzchnię. Szellak utrudnia odłączanie modelu, gdyż gips przy twardnieniu wytwarza dostateczną ilość ciepła, ażeby rozpuścić szellak, który w ten sposób skleja obie gipsowe po-

wierzchnie. Po obcięciu wycisku należy pokryć całą powierzchnię modelu lakierem lub płynnem szkłem, zanim rozpocznie się z nim robotę, w przeciwnym razie na podniebiennej stronie płytki otrzymamy szorstką powierzchnię. *R.*

40) Hallopeau i François-Dainville. Szankier podbródka. (Bul. de l. Soc. fr. d. derm. et de syphil. r. ub. Żurn. kożn. i wener. bol. 2. 1911).

Autorzy przytaczają przypadek twardego szankra podbródka u chorego, zakażonego w razurze podczas golenia. Szankier ten wyróżniał się znacznym rozmiarem, zajmował bowiem prawą stronę podbródka od brzegu dolnej szczęki aż do kąta warg, miał podniesione twarde brzegi, słabo krwawiące dno, pokryte czarniawym strupem. Po upływie okresu wtórnego inkubacji rozpoznanie zostało stwierdzone w zupełności.

Duże rozmiary, które przyjmują zwykle szankry podbródka, autorzy tłumaczą znaczną grubością naskórka w tej okolicy i możnością rozszerzania się szankra odśrodkowo we wszystkich kierunkach, co nie może mieć miejsca przy umiejscawianiu się szankra nprz. na narządach płciowych lub innych pospolitych miejscach. *R.*

Kronika i sprawy zawodowe.

═ **Liczba dentystów we Włoszech** podług „Annuario Sanitario d'Italia" (wyd. za r. ub.) wynosi 790, lekarzy—24,212, farmaceutów—970, weterynarzy—3420 (La Odontologia Colombiana 12. r. ub.).

═ **Odrzucenie podań o reklamowaniu środka od bólu zębów.** Rada Lekarska, rozpatrzywszy sprawę i zważywszy, że w opisanym przez p. Bałujewa sposobie leczenia bólu zębów główną rolę przypisać należy niewątpliwie nie nasionom cebuli, lecz urządzanej przez niego specjalnej łaźni parowej dla głowy i że dłuższe wdychanie pary z przypalonych cebulek nie może być zupełnie nieszkodliwem dla organizmu ludzkiego, wyraża opinję, że prośbę A. F. Bałujewa o wydanie mu pozwolenia na reklamowanie proponowanego w podaniu jego środka od bólu zębów należy odrzucić. Rada Lekar-

ska dalej odrzuciła podanie pomocnika aptekarskiego Lemberskiego o wyrabianiu i sprzedawaniu środka: krople do zębów „Helseminowskie.“ (Wiest. Obszczest. Gigjeny Nr 4).

Rada Lekarska odrzuciła również podanie prowizora Tolpisa co do wyrabiania „Dentogenu“ (uzdrawiacza zębów!), jako środka, zawierającego silnie działające trucizny. (Ibid.).

= **Pasta Bauer'a** (Bauer's Zahnpaste) przeciwko ropotokowi zębodołowemu zawiera jako podstawę balsam peruwiański oraz sól karlsbadzką.

= **Rosodont**—jest to mydło w twardej lub miękkiej postaci, zabarwione różowo, stosowane do czyszczenia zębów. (Riedel's Bericht).

= **Zmarli** niedawno w Warszawie dentyści: **Szapiro Eljasz** i **Stember Karol**.

= **W sprawie szkół dentystycznych**. Komunikują nam, że przewidziana jest rewizja szkół dentystycznych. Rewizja tutejszych szkół dentystycznych była w programie ogólnych rewizji różnych instytucji senatora Neudhardta. Czas już ustalić, czy pomieszczenia szkół odpowiadają tak znacznej liczbie uczniów przyjmowanych do tych uczelni.

= **Liczba studentów we wszystkich wszechnicach niemieckich** w r. b. wynosi 51700; na liczbę tę wypada obcokrajowców 3921 (7,5%); z nich: 298 pochodzi z Ameryki, 175—z Japonji, 19—z Afryki i 4—z Australji. Wśród obcokrajowców najwięcej jest studentów, pochodzących z Cesarstwa, mianowicie — 1578; dalej następują austrjacy—674, szwedzi—306, anglicy—155, bułgarzy—154, rumuni — 102, serbowie—68, grecy—65, francuzi—60 i t. d. *(Deut. med. Woch. ft. 5. IX)*.

= **Projekt**. Do parlamentu angielskiego wniesiono świeżo projekt, zgodnie z którym, począwszy od r. 1912 lekarze oraz dentyści przed uzyskaniem dyplomu podlegać będą teoretycznemu i praktycznemu egzaminowi z dziedziny stosowania środków znieczulających. (*All. Wien. Med. Ztg. 13 VII*).

= **O technikach dentystycznych**. Jak komunikują redakcji „Zubowraczebnego Mira“ (7 r. b.), wśród lekarzy-dentystów w Petersburgu daje się zauważyć coraz silniejsza dążność do uregulowania działalności techników dentystycznych. Projekt uregulowania już się opracowuje i ma być wniesiony dla rozpatrzenia do Rady Lekar-

skiej. Proponowany jest szereg środków ograniczających, jako to: 1) obowiązkowe wydawanie przez urzędy świadectw przemysłowych z obowiązkowem wywieszaniem tychże w ramkach w pracowni; 2) obowiązkowy wykup świadectw na prawo trzymania uczniów; 3) sanitarne rewizje pracowni z odpowiednią adnotacją w sanitarnej księdze; 4) utworzenie instytucji inspektorów dentystycznych; 5) wzbronienie trzymania w pracowniach foteli dentystycznych i t. d.

= **Sprawę Wszechrosyjskiego Zjazdu Odontologicznego** rozpatrywano na posiedzeniu zarządu Rosyjskiego Związku Dentystycznego w dniu 16 V st. st. r. b. Jak wiadomo, komitet organizacyjny VI Zjazdu Dentystycznego w Charkowie (w tem bowiem mieście zgodnie z uchwałą V-go Zjazdu postanowiono zwołać VI-y Zjazd) wystąpił do Ministerjum Spraw Wewnętrznych z prośbą o zezwolenie na zwołanie VI-go Zjazdu. Komitet organizacyjny zawiadomił zarząd Rosyjskiego Związku Dentystycznego, że za pośrednictwem miejscowej policji otrzymał zawiadomienie od Ministra Spraw Wewnętrznych, który „uznał za możliwe pozwolić na zwołanie na czas od 28 grudnia st. st. 1911 r. do 3 stycznia 1912 r. w Charkowie VI Wszechrosyjskiego Zjazdu Odontologicznego na zasadzie przytoczonych w przedstawionych przez zarząd Związku projektów „programu i warunków Zjazdu", z tem jednakże zastrzeżeniem, ażeby z projektu programu usunięty został p. 2 „sprawy zawodowe i prawne", a z projektu warunków — uwaga do § 5, nadająca komitetowi organizacyjnemu zjazdu prawo zapraszania do swego składu i innych kolegów w celu współdziałania w urządzeniu zjazdu; ażeby wszelkie posiedzenia zjazdu podlegały Najwyżej zatwierdzonym w dniu 4 marca 1906 r. *Przepisom tymczasowym o zebraniach* i żeby do udziału w zjeździe nie dopuszczono lekarzy i dentystów-żydów, nie korzystających z prawa zamieszkiwania w Charkowie". Na powyższem zebraniu wynikła długa dyskusja; prezes Wilga zaproponował omówienie tej sprawy, t. j. jak należy pojmować ostatni punkt pozwolenia, dotyczący kolegów-żydów. K. Ginzburg zaznaczył, że w miastach po za granicą osiedlenia lekarze-dentyści i dentyści mają prawo zamieszkiwania z warunkiem zajmowania się swoją specjalnością. Charków nie leży w strefie granicy osiedlenia, a zatem w myśl powyższego pozwolenia w zjeździe mogą przyjmować udział tylko koledzy-żydzi, zamieszkujący w Charkowie. J. Grodzieński nadmie-

nił, że w Petersburgu niektórzy koledzy mają prawo zamieszkiwania i nie zajmują się swoją specjalnością. K. Ginsberg twierdzi, że w Petersburgu mają prawo zamieszkiwania żydzi-rzemieślnicy i lekarze-dentyści oraz dentyści, którzy są asystentami przy lazaretach, lecz ostatni mogą pracować również i na innem polu, prawo zaś brzmi kategorycznie. P. J. Taubkin proponuje zapytać się: czy na zjeździe w Charkowie mogą być obecni lekarze-dentyści i dentyści-żydzi, posiadający własne gabinety w innych miastach? N. Wilnik zakomunikował, że po otrzymaniu pozwolenia na zjazd z Ministerjum zasięgnął informacji u prawnika, jak należy rozumieć ten punkt pozwolenia. Prawnik stanowczo oświadczył, że na zjeździe mogą znajdować się *tylko* praktykujący w Charkowie lekarze-dentyści i dentyści-żydzi. J. Kowarski odpowiedział, że z pozwolenia oczywiście wynika: w zjeździe nie może przyjmować udziału żaden z kolegów-żydów; niema co o tem mówić; nie ma sensu zapytać się charkowian. A. Pudkiewicz również zaznaczył, że w pozwoleniu powiedziano wyraźnie: nikt, oprócz charkowian, na zjeździe nie może się znajdować; wyjaśnienie może dać tylko Ministerjum; proponuje on więc zapytać p. Ministra: czy mogą być obecni na zjeździe koledzy-żydzi, posiadający gabinety w innych miastach. Prezes H. Wilga zaznaczył, że uważa za zbyteczne zapytywać Ministerjum, gdyż odpowie ono to samo, t. j. odmownie. Zaproponował on więc rozważyć: czy te warunki są do przyjęcia, zastanawiając się tylko nad ostatnim punktem, traktującym o kolegach-żydach.

Zarząd jednogłośnie orzekł, że na danych warunkach zjazd w Charkowie nie może być zwołany. Według mniemania Wilgi, należy poczynić starania, ażeby kolegom-żydom dozwolone było bez przeszkód przebywania w Charkowie na zjeździe, i z pewnością takie pozwolenie nadejdzie. Co się zaś tyczy wzbronienia poruszania kwestji zawodowych i prawnych, to, podług niego, o skasowanie tego upominać się nie należy, ponieważ sprawy te zostały wykreślone również z programu zjazdu im. Pirogowa. K. Ginzburg odparł, że nie należy nadawać temu zastrzeżeniu szczególniejszego znaczenia. Energicznie wziąwszy się do rzeczy, można będzie uzyskać pozwolenie uczestniczenia w zjeździe dla kolegów-żydów. Wszakże istnieją precedensy: młynarzom-żydom pozwolono przyjmować udział w niedawno odbytym zjeździe; elektrotechnikom również. P. Taubkin przyłączył się do

powyższego głosu; należy poczynić wszelkie kroki, lecz o prognostyce trudno mówić; młynarze — to przemysłowcy; rząd interesuje się rozwojem przemysłu rosyjskiego, dlatego im pozwolono. Kwestje prawne i zawodowe na Zjeździe Odontologicznym można pominąć, ograniczając się do naukowego jedynie działu; zawodowe zaś i prawne kwestje przenieść na zjazd delegatów, ale pewno i tam na to nie pozwolą. N. Wilnik, odpowiadając K. S. Ginzburgowi, zaznaczył, że elektrotechnicy również są do pewnego stopnia przemysłowcami, następnie ich jest wielu, w rezultacie im pozwolono po stanowczem oświadczeniu z ich strony, że będą zmuszeni zwołać Wszechrosyjski Zjazd w Berlinie; osobiście on nawet uważa, że zabronienie poruszania na zjeździe kwestji prawnych i zawodowych czyni niemożliwem zwołanie dozwolonego zjazdu w Charkowie. J. Nikołajew popierał zdanie Wilnika i uważa za niemożliwie urządzenie zjazdu o dziale wyłącznie naukowym, ponieważ właśnie pod względem naukowym przedstawi on się dość słabo.

Wilga nie zgodził się z Nikołajewem i twierdził, że V-ty zjazd w Moskwie był jednym z najudatniejszych pod względem naukowym, i gdyby VI-ty zjazd okazał się takim samym, byłoby bardzo dobrze. Jeśli nawet VI-ty zjazd nie da pożądanych wyników, da on impuls do dalszej pracy na drodze naukowego udoskonalania się. Sprawy zawodowe i prawne powinny i mogą być rozważane przez związek i zjazdy delegatów. Przypuszcza on dalej, że to, czego nie pozwalają licznym przedstawicielom ze wszystkich krańców Cesarstwa, może być dozwolone 20 delegatom towarzystw związkowych.

A. Pudkiewicz proponował, ażeby o dopuszczenie na zjazd w Charkowie kolegów-żydów zarząd związku prosił Ministra od siebie, a obecnie zatwierdzony komitet organizacyjny —od siebie.

K. Ginzburg nadmienił, że nie widzi na porządku dziennym takich kwestji prawnych i zawodowych, które mogłyby być na zjeździe załatwione pozytywnie, a nie platonicznie, wobec tego obstaje on za propozycją Pudkiewicza.

P. G. Dauge przyłączył się do propozycji Pudkiewicza, gdyż w danej chwili nie mamy potrzeby omawiać spraw zawodowych.

Kowarski nadmienił, że, jego zdaniem, zjazd, dozwolony z ograniczeniami, cóż to za zjazd? Nauka powinna być wolna, a dział naukowy powinien głosić wolne hasło naukowe.

Taubkin proponował przypomnienie profesorowi Reinowi, prezesowi Rady Lekarskiej, tego co głosił on w Berlinie na Międzynarodowym Kongresie Odontologicznym, na którym był przedstawicielem Rosji; zdumiony on był ze świetnego stanu strony naukowej kongresu i obiecywał w Rosji wszelkimi sposobami popierać korporację dentystyczną na drodze do udoskonalenia się naukowego; wobec tego należy obecnie prosić profesora Reina poprzeć starania o pozwolenie kolegom-żydom uczestniczenia bez przeszkód w zjeździe w Charkowie.

Prezes Wilga oddał pod głosowanie propozycję Pudkiewicza: robić starania u Ministra o dopuszczenie do udziału w zjeździe w Charkowie kolegów-żydów w imieniu zarządu Związku i niezależnie w imieniu komitetu organizacyjnego. Propozycja ta została przyjęta jednogłośnie. Polecono prezydjum wystąpić do Ministerjum z umotywowanem podaniem, zawiadomić komitet organizacyjny w Charkowie o stanie sprawy i prosić go o bezzwłoczne wystąpienie z analogicznem podaniem. Oprócz tego polecono prezydjum zwrócić się piśmiennie z prośbą do prof. Zwierzchowskiego o poparcie u p. Ministra podania zarządu i współdziałanie ku pożądanemu dla związku rozwiązaniu tej sprawy.

═ **30-lecie utworzenia sekcji dentystycznej na II Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.** W r. b., w którym odbywa się XI Zjazd, wypada 30 letni jubileusz utworzenia z inicjatywy kol. Wł. Zielińskiego po raz pierwszy sekcji dentystycznej. „Gazeta Lekarska“ z dnia 18 czerwca 1881 r., str. 523 w sprawie powyższej między innemi pisze:

„Na wniosek p. Władysława Zielińskiego, dentysty z Warszawy, uchwalił Wydział ustanowić sekcję dentystyczną, w której poddane zostaną dyskusji następujące przez tegoż proponowane pytania:

1) Jakie są wskazania i przeciwskazania do wyjmowania zębów w ogólności i czy są jakie przeciwskazania do tejże operacji u kobiet podczas ciąży, karmienia lub miesiączkowania.

2) Jakie zdarzają się wypadki po wyjęciu zębów.

a) Jaka jest najlepsza metoda leczenia w czasie powstania krwotoku po wyjęciu zęba.

b) Jaki jest najlepszy sposób leczenia w razie poszarpania, porozdzierania miękkich części, w razie tworzenia się ropni, przetok i t. d.

c) Jak należy leczyć pozostałe po wyjęciu obrażenia kości szczękowej, a jak leczyć złamanie szczęki.

d) Jakiej należy użyć manipulacji i opatrunku przy zwichnięciu szczęki.

c) Co należy przedsięwziąć w razie wpadnięcia zęba do krtani lub tchawicy, a co w razie połknięcia wyjętego zęba.

f) Jakie mogą nastąpić choroby nerwowe po wyjęciu zęba i co przedsięwziąć należy.

3) Jaki jest najradykalniejszy sposób leczenia trudnego wyrzynania się zęba mądrości.

4) Jakie i kiedy są wskazania lub przeciwskazania do replantowania i transplantowania zębów i jaki jest najlepszy sposób wykonania tej operacji."

Nowe książki.

Prof. G. Port. Gigiena zubow i połosti rta. Tłumaczenie z niem., z 9 rys. Cena 40 kop. Petersburg, Wyd. „Literaturno-Medycińskawo Żurnała" d-ra Oksa.

Gofung E. M. (Charków). Prakticzeskoje zubowraczewanje. Podr. dla dentystów i studentów. Z 10 rys. Cena w opr. rb. 1 kop. 50, Do nabycia w red. „Zubowraczebnawo Wiestnika". Petersb. Troicka 32.

Gofung E. M. (Charków). Osnowy protieznawo zubowraczewanja. Gena rb. 1 kop. 20. Dostać—jak poprzednio.

Mamlok N. Podręcznik plombowania porcelaną (po rosyjsku). Tłum. z niemieckiego pod red. dra Gowsiejewa. Z 188 rys. II poprawne i uzup. wyd. Wyd. red. „Odontołogiczeskawo Obozrenia" Moskwa (Dołgorukowskaja 20).

Rozenkrantz A. (Petersburg). Materia Medica. Wyd. N. Szpigelgłaza. Petersb. Troicka 32.

Dr. Dubrowin W. (Moskwa). Osnowy zubowraczenja, z 53 rys. Petersburg. Wyd. Rikkera (Newski pr. 14).

Dr. Nowikow. Kratkija zamietki po bolezniam zubow i ich izwleczenju. Z 40 rys. II popr. i uzup. wyd. Petersb. Wyd. Rikkera. (Newski pr. 14).

Medicinskij kalendar pod red. dra J. Niemirowskiego. R. 1911. Cena rb. 1 kop. 20 w opr. Skład wydawnictwa: dr. M. Lemberk. Petersburg (Ligowskaja 58).

Dr. Percy Pickerill. The Antiseptic value of Fillings and Dressings. London, John Bale, Sons.

Herber Carl. Die Lehre von der Vererbung in ihrer letzten Konsequenz auf Kiefer und Zähne des Menschen. Leipzig. Dyksche Buchhandlung.

Dependorf Th. i Wily Pfaff. Das Zahnärztliche Institut b. der Universität in Leipzig.

Od administracji.

Prosimy o wznowienie przedpłaty za bieżące półrocze.

Wszystkich tych, którzy pomimo odezw oraz kart pocztowych dotychczas nie uregulowali należności za ubiegłe półrocze, zawiadamiamy niniejszem, iż wysyłkę n-rów wstrzymamy. Na niesumienne wprost i dziwne lekceważenie swych obowiązków nie mamy innego środka zaradczego. Nadmieniamy, że liczba takich „punktualnych“ płatników sięga kilkudziesięciu. Fakt mówi za siebie. Pod względem „punktualności“ wywiązania się wielu prenumeratorów ze swych obowiązków „Kronika“ chyba nie ma konkurenta na całej kuli ziemskiej. Czyż w takich warunkach wobec znacznych wydatków można mówić o rozwoju pisma?

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski.**

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 64.